RECHERCHES

N° 120.

D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SUR

QUELQUES ALTÉRATIONS DU CANAL INTESTINAL

CHEZ LES PETITS ENFANS;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 1^er^ juin 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR EUGÈNE LEBEL, de Carentan.

What is. . . . . .
The day of life, that darkens ere 'tis noon?
PRIOR.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 3.
1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant.*
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Président.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Andral.	Gibert.
Arvers.	Gerdy.
Baudelocque.	Kergaradec, *Examinateur.*
Bouvier.	Lisfranc, *Examinateur.*
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie, *Suppléant.*	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubby.	Velpeau.
Gérardin.	Rullier.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A JACOB LEBEL,

MON PÈRE,

Docteur en médecine.

. . . . . *Occidit.*
Nullâ flebilior quàm mihi. . . . .
HORACE.

A FRANÇOIS LEBEL,

MON ONCLE, MON SECOND PÈRE.

Docteur en chirurgie.

E. LEBEL.

RECHERCHES

D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SUR

QUELQUES ALTÉRATIONS DU CANAL INTESTINAL

CHEZ LES PETITS ENFANS.

Long-temps attiré, par une prédilection marquée, dans un vaste hospice consacré aux vieillards, et fréquentant ensuite, par une brusque transition, un établissement destiné aux maladies de la première enfance, je m'étais proposé de comparer les plus fréquentes altérations des principaux appareils organiques aux deux extrémités de la vie ; mais un sujet aussi vaste fût devenu trop dispendieux dans son exécution ; et je me suis borné à examiner rapidement les désordres anatomiques qu'il m'a été donné d'observer sur la surface intestinale, chez quatre-vingt-deux petits enfans.

Je suis heureux de pouvoir offrir ici un souvenir de reconnaissance à M. le docteur *Baron*, dont l'affabilité est aussi encourageante que son expérience est profitable pour les élèves, qu'un désir d'instruction conduit à l'hospice des Enfans-Trouvés, dont la direction médicale lui est confiée.

Portion sus-diaphragmatique des intestins.

§ I. Sur le nombre précité de petits sujets, dont j'ai recueilli l'observation complète dans un espace de deux mois (du 28 septembre au 28 décembre 1826), huit ont présenté un état parfaitement sain de toute la portion sus-diaphragmatique du canal intestinal : vingt-six autres ont offert dans toute son étendue des caractères pathologiques, variés ou identiques. Chez les quarante-huit derniers, se rencontraient des altérations partielles, mais dans des proportions variables ; la bouche s'est trouvée saine vingt fois, le pharynx quarante-six, l'œsoghage vingt et une.

§ II. Le phénomène morbide le plus fréquent, c'est la rougeur, de nuances diverses, qui colore en totalité ou en partie cette portion des intestins. Bien entendu qu'ici je ne parle pas de la teinte rouge-claire, naturelle aux cavités buccale et pharyngienne, mais d'une coloration morbide, qui en diffère ou par son intensité ou par la nature de l'injection. Dans la bouche, la rougeur est vive et diffuse, et s'accompagne souvent du gonflement des pupilles linguales ; à la base et au frein de la langue, sur la face linguale de l'épiglotte, dans les gouttières pharyngiennes, elle est arborescente, et on peut apercevoir la continuité de ces ramifications avec les vaisseaux veineux de ces diverses parties. Dans l'œsophage, elle est constituée par des faisceaux sanguins, anastomosés entr'eux de toutes parts, et formant un réseau vasculaire à mailles irrégulières, allongées et très-serrées, au milieu desquelles se dessinent, de place en place, et toujours vis-à-vis des rides longitudinales de ce conduit, des veinules plus volumineuses. Le tissu cellulaire sous-jacent est parcouru de ramuscules sanguins assez nombreux ; il n'a rien perdu de sa consistance ; la muqueuse conserve son épaisseur et sa cohésion naturelle. La rougeur est, dans quelques circonstances, un vestige du muguet qui disparaît : plusieurs fois j'ai pu constater le fait. Elle peut être un précurseur du muguet,

ou le premier symptôme de tout autre mode d'inflammation : ici l'on ne peut asseoir son jugement que sur des probabilités et des analogies. Enfin, et ce cas est le plus ordinaire, elle est comprise entre des surfaces muqueuses, atteintes de phlegmasie vive, ou même déjà arrivées à une période avancée de désorganisation ; circonstances qui jettent un grand jour sur l'étiologie de cette congestion intermédiaire à des hypertrophies inflammatoires plus ou moins intenses, plus ou moins anciennes, qui ont été sa cause occasionnelle, et dont elle pourrait sympathiquement revêtir le caractère et suivre les progrès, si la mort ne venait arrêter cette transformation. Cette coloration anormale est encore quelquefois une suite de la gêne de la circulation, dont il faut chercher le principe ou dans un engorgement pulmonaire, ou dans un épanchement pleurétique, etc. Mais je ne connais aucun caractère anatomique d'après lequel on puisse, sûrement et toujours, distinguer la rougeur, premier symptôme de certaines phlegmasies, d'avec la congestion produite par un obstacle à la circulation générale ou locale. C'est donc alors par l'examen comparatif des principaux appareils organiques, qu'il faut chercher à résoudre la difficulté. Quoi qu'il en soit, la simple altération de couleur s'est rencontrée vingt-neuf fois sur la langue, et dans divers parties de la bouche; vingt-sept dans le pharynx, quarante dans l'œsophage : une fois, en outre, elle existait sur la face linguale de l'épiglotte, et s'accompagnait d'une infiltration œdémateuse sous-jacente.

§. III. *Phlegmasie avec produit pseudo-membraneux.* Un état morbide plus important et presque aussi fréquent que le précédent, c'est le muguet. On a voulu rattacher cette sécrétion pathologique à une maladie des cryptes ou des follicules : c'est donner un démenti à l'observation. Jamais on n'observe de muguet dans les enfoncemens crypteux et folliculaires, et constamment les orifices de ces petites cavités interrompent sa continuité. Il me paraît provenir spécialement d'une inflammation des villosités et des pupilles muqueuses. Toujours est-il que c'est sur leurs saillies qu'il paraît d'abord, sous forme de stries

déliées ou de points d'un blanc laiteux, qui se multiplient et se groupent en flocons, s'allongent en zones ou se déploient en couche membraniforme, d'épaisseur et d'étendue variables. La couleur d'un blanc éclatant, propre au muguet récent, finit par se ternir, et il prend une teinte grise, safranée ou même brunâtre, par suite du contact de l'air et des matières vomies. Il adhère intimement à la surface libre de l'épithélium, et ne s'en détache qu'avec peine; mais au-dessous de lui cette membrane reste intacte, à moins qu'on ne l'ait déchirée par des tractions peu méthodiques, ou décollée et détruite par l'application de l'eau chaude. Ce n'est que rarement, et dans des cas purement exceptionnels, qu'on voit des productions mugueuses se loger entre le chorium et la cuticule. La seule modification du tissu sous-jacent, c'est une injection réticulée, avec rougeur, gonflement et comme érection des papilles et des villosités; mais jamais la muqueuse n'éprouve de solution de continuité au-dessous de l'excrétion anormale qui nous occupe, et les mots de muguet et d'ulcération sont contradictoires. La face supérieure de la langue, la face buccale des joues et des lèvres, le tiers inférieur de l'œsophage, la voûte palatine, le pharynx, les côtés du frein de la langue, la portion supérieure de l'œsophage et les arcades alvéolaires, voilà à peu près dans quel ordre de fréquence les diverses portions de la muqueuse intestinale sus-diaphragmatique sont le siége du muguet. Les fragmens de pseudo-membrane mugueuse ne se dissolvent ni dans les acides hydrochlorique, nitrique, sulfurique, acétique, ni dans l'ammoniaque.

J'ai noté du muguet trente-deux fois dans la bouche, neuf dans le pharynx, et seize dans l'œsophage. Je dois même ajouter que, sur un assez grand nombre de petits malades, le muguet avait paru une ou plusieurs fois, pendant leur séjour à l'infirmerie, sans qu'à la mort il en restât de traces.

§. IV. *Hypertrophie phlegmasique.* Sur deux sujets il existait, dans la moitié inférieure de l'œsophage, une rougeur diffuse, foncée, unie à une hypertrophie morbide évidente, circonscrite, qui formait une

saillie oblongue, d'un pouce environ dans son plus grand diamètre; la muqueuse avait beaucoup augmenté d'épaisseur, et se détachait facilement du tissu cellulaire sous-jacent, qui lui-même avait perdu de sa consistance.

§. V. *Désorganisation.* Une suite possible de l'hypertrophie phlegmasique, c'est la destruction de la muqueuse qui en est atteinte. Elle se convertit graduellement en une matière molle analogue à une gelée peu consistante; rougeâtre d'abord et parcourue de vaisseaux noirâtres, flexueux, comme variqueux; puis incolore et parsemée de stries, de taches ou de points de couleur d'encre de Chine. Dans les trois cas que j'ai observés, le tissu cellulaire sous-jacent à la muqueuse n'était pas dénudé, quoique le ramollissement de celle-ci fût complet; il était friable, et même au point que, chez deux sujets, il suffit d'une légère traction sur l'œsophage, non encore ouvert, pour amener la déchirure de ce canal. L'épithélium commençait à se détruire au-dessus de deux des portions ramollies, et formait une excoriation circulaire qui ne pouvait manquer de s'accroître et de livrer passage au détritus de la muqueuse désorganisée. Un de ces ramollissemens était survenu dans un point où plusieurs tubercules, développés autour du conduit œsophagien, faisaient comme hernie au travers de ses parois, et leur adhéraient intimement. La transformation gélatiniforme de la muqueuse œsophagienne est ordinairement peu étendue, et ses limites sont assez bien posées : elle peut se terminer par la perforation de l'œsophage.

§. VI. Je n'ai trouvé d'ulcérations que dans la bouche, et sur trois sujets; elles étaient linéaires, uniques sur les côtés du frein de la lèvre inférieure, et suivaient le bord saillant de l'arcade maxillaire correspondante. Elles me paraissent une suite du frottement de la lèvre inférieure contre cette crête presque tranchante. Plusieurs fois j'ai vu des excoriations dans l'œsophage; j'en ai noté deux cas en parlant du ramollissement gélatiniforme.

§ VII Sur un enfant de dix-neuf jours, une inflammation vive avait envahi et désorganisé plusieurs bulbes dentaires, vers le milieu de l'arcade maxillaire inférieure; une tuméfaction considérable, mamelonnée, occupait le bord libre de cette arcade, et se propageait à la lèvre correspondante; plusieurs calottes osseuses, brunes ou noirâtres, étaient plongées au milieu d'un liquide sanieux.

Portion sous-diaphragmatique.

§ VIII. Nous arrivons à une portion du canal intestinal, dont les lésions, plus fréquentes encore, sont autrement graves, et par l'étendue des surfaces qu'elles peuvent affecter, et par la désorganisation profonde qu'elles ont souvent pour résultat, et enfin par l'influence sympathique bien plus énergique qu'elles exercent, en maladie et en santé, sur le reste de l'organisme.

Des quatre-vingt-deux sujets précités, un seul s'est trouvé qui pût fournir le type de l'état parfaitement physiologique de cette partie des intestins; onze autres ont présenté, dans toute sa longueur, une suite d'altérations diverses, analogues ou identiques; chez les soixante-dix derniers, quelques portions, et c'est presque toujours les mêmes, restaient intactes, au milieu de surfaces plus ou moins viciées dans leur nutrition et leurs propriétés normales. Sur dix-huit cadavres l'estomac était sain; le duodénum sur cinquante-cinq; le reste de l'intestin grêle sur quatre seulement; le cœcum sur quarante et un; le colon sur trente-trois, et le rectum sur trente. De manière que l'on pourrait disposer ces différens termes dans une progression numérique, dont le duodénum et le reste de l'intestin grêle formeraient les deux extrêmes. Mais il s'en faut que les maladies des différentes fractions du canal intestinal soient en proportion directe de leur étendue, puisque le colon, plus spacieux que l'estomac, est bien moins souvent malade, et l'est d'ordinaire à un moindre degré; puisque le rectum, plus d'un fois moins spacieux que le colon, est exposé à

des altérations plus fréquentes et habituellement plus intenses que ce dernier.

Maladies du tissu muqueux.

§ IX. *Simple altération de couleur.* La rougeur morbide est quelquefois une conséquence du trouble de la circulation, et rappelle ces congestions, si communes chez le vieillard, occasionnées par une cause analogue, avec cette différence que, chez ce dernier, c'est presque toujours dans l'ensemble circulatoire qu'il faut chercher l'obstacle au cours du sang; tandis que chez le petit enfant, il existe le plus souvent dans les organes de la respiration. La rougeur est alors constituée par des arborisations sanguines, continues manifestement aux vaisseaux mésentériques, lesquelles marchent en se subdivisant vers le bord libre de l'intestin, et laissent entre leurs nombreuses anastomoses des espaces dans lesquels la muqueuse conserve à peu près sa couleur naturelle : on la rencontre dans les parties les plus déclives de l'intestin grêle, souvent à côté d'une phlegmasie, quelquefois en même-temps qu'elle, quelquefois même au-dessous des surfaces qui subissent la désorganisation gélatiniforme ou pultacée. Il est une autre sorte de rougeur qui peut encore résulter d'une grande gêne de la circulation, d'une lésion profonde du système nerveux cérébro-rachidien, etc. ; elle est uniforme, et s'étend ordinairement sur toute la longueur de l'intestin, en même-temps que sur toutes les surfaces viscérales qui sont baignées d'une rosée sanguine. Cette coloration congestionnaire s'est offerte à moi trois fois depuis le cardia au cœcum, et deux fois seulement dans les gros intestins. Il n'est pas plus facile ici que dans la portion sus-diaphragmatique de distinguer, par des règles toujours applicables, certaines congestions d'avec une inflammation commençante; c'est de même encore par une inspection exacte et comparative des principaux systèmes généraux qu'il faut rectifier son opinion. Au reste, toute congestion long-temps continuée est une cause active de travail phlegmasique.

§ X. *Colorations biliaires.* Je me borne à une simple mention, encore ne comprend-elle pas ces teintes diffuses, d'un jaune-vert plus ou moins intense, évidemment cadavériques, qui se remarquent dans toutes les portions d'intestin contiguës aux voies biliaires. Je n'ai en vue ici que les plaques, de forme variée, parfaitement délimitées, qui se montrent dans un point quelconque du canal, le jéjunum, l'iléon, les gros intestins. J'ai souvent aperçu, dans toute leur étendue, des points noirs, indices de follicules assez rapprochés. J'ignore, du reste, l'étiologie de ces colorations, bien peu importantes.

§ XI. *Altération de couleur avec hypertrophie inflammatoire.* De ces colorations morbides, la plus fréquente incomparablement, c'est la rougeur. Son intensité varie ; elle est ou uniforme, comme sur un tissu teint en rouge ; ou formée par un pointillé très-fin et très-serré ; ou constituée par des ramifications plus ou moins déliées, très-rapprochées, et sans continuité visible avec les arcades mésentériques ; elle résulte quelquefois d'un nombre infini de stries vasculaires, fasciculées, s'entrecroisant en tout sens, s'anastomosant de toutes parts, et formant un lacis inextricable. Plusieurs de ces variétés d'injection peuvent exister à la fois. La teinte rouge et l'injection pointillée sont les plus fréquentes dans l'estomac : l'injection striée domine dans les gros intestins. Toutes ces nuances, et surtout les ramifications, se rencontrent dans le petit intestin. La rougeur est, ou continue, ou interrompue, de manière à former des plaques variables dans leur forme, leur nombre et leur étendue. Une couleur rouge, plus intense, siége constamment sur les plis naturels de la muqueuse, tels que les valvules conniventes du petit intestin, les saillies longitudinales du cœcum et du colon, et sur les rides accidentelles, suite des contractions de la couche musculaire. On observe quelquefois sur un fond rouge des taches plus foncées, assez régulièrement espacées ; de telle sorte qu'elles donnent à la surface intestinale l'aspect d'un damier. Après que la phlegmasie a duré un certain temps, la rou-

geur se convertit en une teinte uniforme, brunâtre, ardoisée, livide, bleuâtre, ou même blanche. Mais la nutrition de l'intestin n'est pas moins altérée que sa couleur physiologique, et c'est même là l'essence, en quelque sorte, de l'inflammation. Son épaisseur augmente; son tissu paraît plus dense; il est moins résistant, et a perdu de son peu d'élasticité naturelle. Le tissu cellulaire est injecté, et devient plus ou moins friable. La membrane muqueuse s'enlève plus facilement de dessus lui. Presque jamais, chez les petits enfans, le tissu cellulaire intestinal ne passe à l'état d'induration, si commun chez les adultes, et surtout les vieillards. Des altérations simultanées de couleur et de nutrition se sont rencontrées cinquante-deux fois dans le ventricule, dix-sept dans le duodénum, vingt-huit dans l'intestin grêle, trente-sept dans le cœcum, quarante dans le colon, quarante-quatre dans le rectum. Remarquons toutefois que l'intestin grêle en est beaucoup plus souvent atteint que ce calcul ne tend à le faire croire. En effet, chaque fois que s'est présenté un état morbide, qui bientôt va nous occuper sous le nom de *friabilité pultacée*, état qui s'accompagne presque toujours de rougeur et d'épaississement à l'extrémité des surfaces qu'il envahit, c'est seulement de la désorganisation pultacée que j'ai tenu compte numériquement.

§ XII. Sur deux sujets, j'ai observé l'inflammation simultanée de toutes les tuniques intestinales. Chez l'un, mort deux jours après sa naissance, une violente phlegmasie du péritoine s'était propagée, par continuité, à tous les organes sous-jacens; chez l'autre, l'inflammation avait marché de la membrane de l'intestin interne, vers son enveloppe péritonéale. Le petit malade mourut à quatorze jours, au huitième de sa maladie; les parois du gros intestin offraient une épaisseur tout à fait insolite. La muqueuse, très-épaissie, avait perdu de sa consistance; elle était d'un brun-jaunâtre, granuleuse, comme chagrinée à sa surface libre; des saillies longitudinales, séparées par des enfoncemens linéaires, la sillonnaient; de nombreuses taches, irrégulièrement circulaires, d'une à deux lignes de diamètre, d'un

violet-noir, existaient dans son tissu. Analogues à des ecchymoses, ces petits foyers d'infiltration sanguine se vidaient par une piqûre suivie de compression douce, sans qu'il survînt d'ulcération, et laissaient au contraire une petite solution de continuité, de même forme qu'elles, si la pression n'était pas ménagée. Le tissu cellulaire intestinal, jaune et entièrement friable, était traversé par les fibres musculaires d'un rouge-clair; l'enveloppe péritonéale se détachait facilement. Les suffusions sanguines, que je viens de mentionner, ont été observées assez souvent et même dans d'autres points du canal alimentaire. M. le professeur *Orfila* les a souvent produites dans ses recherches expérimentales sur l'action des toxiques, mais toujours avec une inflammation violente. Je pense que l'ulcération peut en être la suite. Peuvent-elles aussi se terminer par la gangrène? Je l'ignore; mais je soupçonne qu'on les a prises souvent elles-mêmes pour des points gangréneux.

§ XIII. Une fois seulement j'ai vu des *fongosités*, c'était vers la fin de l'iléon; elles étaient multiples, rapprochées, et paraissaient être des végétations du tissu muqueux. Je remarquerai que ce canal intestinal offrait presque tous les genres d'altération : dans la portion thoraco-faciale, congestion, ulcération, muguet; dans la portion abdominale, phlegmasie, exhalation sanguine, ramollissement pultacé, inflammation folliculaire à divers degrés, ulcérations.

§ XIV. *Pâleur, avec hypertrophie pathologique.* C'est ici, ce me semble, que vient naturellement se placer l'altération si remarquable de la muqueuse intestinale chez les phthisiques. Elle est d'un blanc mat ou tirant légèrement sur le bleu; son épaisseur est d'ordinaire augmentée; sa surface libre offre une suite de légères saillies mamelonnées, hérissées d'un nombre infini de villosités, pâle et boursouflées comme le reste du tissu muqueux, qu'elles ne contribuent pas peu à faire paraître épaissi; quelquefois des points ardoisés, réunis

par plaques, presque toujours une phlegmasie, à différens degrés, des follicules solitaires ou agminés interrompent la continuité de cet état, que quelques auteurs ont essayé de caractériser par l'épithète de fongueux. Je l'ai rencontré sur trois petits enfans dont presque tous les tissus contenaient des productions tuberculeuses. L'un présentait sans interruption, depuis le pylore à l'anus, les caractères précités de pâleur et de boursouflement des villosités et du tissu muqueux ; chez un autre, des plaques pointillées, couleur d'ardoise, étaient éparses sur une surface intestinale, d'ailleurs absolument semblable à la précédente ; chez le troisième, une coloration ardoisée régnait dans l'intestin grêle jusques vers la fin de l'iléon, et là prenait une teinte bleuâtre ; chez tous les trois, altérations multiformes des follicules. Cette triple nécroscopie me paraît intéressante en ce qu'elle montre dans son entier la filiation, si je puis ainsi dire, de l'altération qui nous occupe : on la voit, en effet, se continuer par une transition graduée avec une hypertrophie morbide dont la nature n'est pas douteuse. Serait-ce donc forcer l'induction que de conclure qu'elle en est une conséquence et ne pourraît dès-lors exister sans elle? On ne le croira pas, je l'espère, surtout si on se rappelle les symptômes qui accompagnent et décèlent, pendant la vie, cet état de la muqueuse intestinale.

§ XV. *Désorganisation.* Un résultat fréquent de l'hypertrophie pathologique, surtout quand elle est aiguë, c'est une désorganisation plus ou moins étendue du tissu muqueux. J'ai rencontré son produit sous deux formes principales, assez bien caractérisées l'une et l'autre par les noms de *ramollissement gélatiniforme*, et de *friabilité caséiforme* ou *pultacée*. Nous avons déjà vu le ramollissement gélatiniforme dans l'œsophage; de toute la portion abdominale des intestins, je n'ai trouvé que l'estomac qui en fût atteint. Ses limites n'étaient pas aussi bien tranchées que dans le premier organe; une fois il occupait, à un degré variable, toute l'étendue de l'estomac; deux fois il existait dans le grand cul-de-sac ; une autrefois un peu en deçà du pylore,

le long de la grande courbure. Je n'en ai recueilli que ces quatre exemples. Dans deux cas, à quelque distance de la portion ramollie, la muqueuse stomacale était enflammée, et les deux modes d'altération semblaient se fondre insensiblement l'un dans l'autre. Du reste, l'aspect de la transformation gélatiniforme est le même dans les deux seules portions de l'intestin qui me l'aient offerte. Seulement dans l'œsophage, l'épithélium, presque étranger à tout travail morbide, se conserve assez long-temps intact, et comme un réseau, s'oppose à la diffluence de la muqueuse ramollie, jusqu'à ce qu'enfin il se détruise partiellement et lui livre passage : dans l'estomac, au contraire, ou l'épithélium n'existe pas, la contraction des fibres musculaires rompt le niveau de la couche molle de gélée sus-jacente, et la sillonne de plis et de dépressions alternatives, qui peuvent suffire pour surmonter sa faible cohésion, et mettre à découvert la surface située au-dessous d'elle ; l'action des substances, solides ou liquides, ingérées dans le ventricule, concourt d'ailleurs à amener promptement ce résultat. J'ai quelques raisons de penser que le ramollissement gélatineux, suite ordinaire d'une inflammation aiguë, peut succéder au boursouflement et à la pâleur, si communes chez les phthisiques.

§ XVI. L'autre espèce de ramollissement est incomparablement plus fréquent; je l'ai rencontré quarante-quatre fois dans l'intestin grêle, sept dans le duodénum, une fois seulement dans l'estomac et les gros intestins. Je le prends à son dernier degré. La muqueuse, ou plutôt le produit de sa désorganisation est d'un blanc laiteux ou jaunâtre ; son épaisseur est considérable, et paraît due, en grande partie, à l'abondance des liquides qu'il contient ; sa consistance n'est guère que celle d'un fromage à la crême ; la pulpe du doigt l'enlève avec facilité. Quelquefois, de place en place, des arborisations vasculaires, violettes ou noirâtres, se dessinent par leur couleur au travers de cette couche pultacée. Cette complète transformation peut envahir simultanément toute la surface intestinale sous-diaphragmatique ;

mais ordinairement elle se borne à une portion de l'intestin grêle, et c'est presque toujours, au moins neuf fois sur dix, le commencement du jéjunum. En ce cas, après un trajet variable, une légère teinte rose colore la surface intestinale, qui reste toujours friable, quoique à un moindre degré. A mesure qu'on avance ensuite vers le cœcum, la couleur rose passe successivement au rouge clair, puis au rouge intense, en même temps que la friabilité va en diminuant proportionnellement. La muqueuse se trouve alors dans des conditions irrécusables d'inflammation; rougeur, épaississement, moindre consistance; toujours perversion de sa sécrétion normale; souvent un ou plusieurs produits d'une exhalation accidentelle et morbide. Enfin il n'est pas rare qu'en approchant de la valvule iléo-cœcale, l'intestin retrouve et conserve plus ou moins long-temps ses caractères physiologiques. Cette succession d'altérations peut exister en sens inverse; les caractères phlegmasiques surviennent alors dans un point avancé de l'intestin grêle, et la désorganisation a son siége à la fin de l'iléon : ce cas est plus rare, ainsi que celui dans lequel le ramollissement caséiforme, survenu au milieu de l'intestin est séparé des surfaces muqueuses saines par les gradations indiquées de rougeur et de cohésion. Il semble que le tissu muqueux, ainsi transformé en une substance molle et friable, devrait s'enlever spontanément et causer la dénudation de la couche cellulaire sous-jacente : je ne me souviens cependant pas d'en avoir vu d'exemple. Je n'ai jamais vu non plus de perforation qui fût une suite de la transformation pultacée. Le tissu cellulaire sous-muqueux n'a que faiblement perdu de sa consistance, et en général participe beaucoup moins à la maladie de la membrane qui le revêt dans le cas de ramollissement gélatiniforme. Il me paraît impossible de méconnaître ici un enchaînement d'états morbides, dont le premier est une phlegmasie irrécusable, et le dernier une complète désorganisation; et ce que prouve l'inspection anatomique, prendrait encore un nouveau degré de certitude par la connaissance des causes qui ont amené cette suite d'altérations organiques, et des symptômes qui l'ont décélée pendant la vie. Je ne crois même pas

que l'observation exacte puisse donner une autre conviction. Cependant un médecin allemand, M. *Lichtenstaëdt*, s'en est fait une autre idée ; sa doctrine à ce sujet se trouve développée dans un mémoire « sur la transformation organique », inséré dans un recueil médical de sa nation, et reproduit en français par le Journal des progrès des sciences médicales (premier numéro). M. *Lichtenstaëdt* assure « que l'on trouve après la « mort la substance de l'estomac et des intestins convertie en une espèce « de gelée, et souvent perforée sur différens points. » Mais la désorganisation gélatiniforme, peu fréquente en général, puisqu'elle n'existe que dans la proprotion d'un à vingt-sept un tiers avec la friabilité pultacée, doit être encore infiniment plus rare au-delà du pylore, si même elle y survient jamais. Des quatre-vingt-deux observations nécroscopiques qui font le sujet de cette thèse, aucune n'en a présenté d'exemple, et je n'en ai pas rencontré davantage sur un nombre presque égal d'ouvertures de corps faites à différentes époques ; c'est donc de la transformation pultacée que veut parler le médecin de Breslau ; mais alors, rien ne ressemble moins à une sorte de gelée, et je suis à deviner comment a pu s'offrir un pareil terme de comparaison. C'est pourtant sur lui, et sur lui uniquement que repose la théorie toute entière de M. *Lichtenstaëdt*. Écoutons-le plutôt : « Par la prédominance de la gélatine dans le corps de l'enfant, dont « les tissus sont naturellement mous et lâches, il doit facilement se « produire chez eux un état dans lequel le sang ne dépose presque « plus de matière condensable, et d'où résulte le ramollissement « complet de quelques-unes des parties de l'économie. » Je le répète, voir de la gélatine dans le produit plegmasique, connu sous le nom de *friabilité pultacée*, c'est aller beaucoup au-delà de toutes les analogies ; mais quand cette supposition serait l'expression d'un fait bien prouvé, je n'en serais pas plus disposé à approuver l'explication précédente, qui n'explique rien, et ne tient aucun compte de ce qu'ont appris les recherches cadavériques. A la vérité, M. *Lichtenstaëdt* accorde « qu'une « semblable altération peut avoir été précédée par un état de congestion ou d'inflammation ; mais on ne l'observe que très-rarement. »

La concession se trouve resserrée dans des bornes si étroites, qu'elle équivaut presque à une dénégation formelle. Cependant, sur quarante-quatre intestins grêles atteints de ramollissement caséiforme, trente-neuf l'ont offert continu à une ou deux surfaces rouges, épaissies, revenant par degrés, en s'éloignant de lui, à une consistance et à une coloration naturelles ; chez trois autres, la friabilité et la décoloration n'avaient de limites que celles de l'intestin grêle; restent donc deux cas dans lesquels les progressions plusieurs fois signalées, de rougeur et de cohésion, n'ont pas été notées d'une manière expresse; très-probablement, parce que, familier avec ces nuances constantes, j'aurai négligé d'en faire mention expresse dans mes observations.

Altérations des appendices muqueux.

§ XVII. *Inflammation spéciale des villosités.* Le muguet est aussi rare dans la portion abdominale qu'il est fréquent dans la portion sus-diaphragmatique des voies digestives : deux estomacs m'en ont offert des flocons. Je n'en ai jamais vu, et on n'en rencontre presque jamais au-delà du pylore ; je nierais même absolument la possibilité de l'excrétion muqueuse dans les intestins, si M. le docteur *Baron* ne m'avait assuré en avoir trouvé deux fois, mais seulement deux fois, en flocons et en couche membraniforme, vers la fin de l'iléon. La grande expérience et la bonne foi du médecin de l'hospice des Enfans-Trouvés, rendent son témoignage irrécusable; mais, en tenant pour authentiques ces deux exemples, les seuls qui se soient présentés à lui dans un nombre véritablement immenses d'autopsies, il n'en reste pas moins hors de toute question que le muguet intestinal est une affection excessivement rare. On a cependant généralement d'autres idées à ce sujet, et je n'en veux pour preuve qu'un mémoire sur le muguet, lu il y a quelques années à l'Académie de médecine.

L'auteur, qui me paraît avoir écrit loin des faits et au milieu de la confusion des souvenirs, affirme que les productions mugueuses, assez communes dans l'iléon, et surtout vers la fin des gros intestins,

ne surviennent jamais, au grand jamais, dans l'estomac. Pour être d'une vérité presque absolue, cette assertion n'aurait besoin que d'être renversée. Il est vraisemblable que c'est une inflammation chronique des follicules solitaires qui aura été prise pour des flocons mugueux : la méprise est un peu forte, mais elle ne m'en paraît pas moins avoir été commise.

§ XXVIII. *Altérations des follicules.* Les follicules agminés ou solitaires ont des caractères généraux d'une grande analogie dans leurs affections morbides ; mais il existe cependant quelques différences dans la fréquence proportionnelle de ces lésions et leur mode respectif le plus ordinaire de terminaison.

§ XIX. Dans quelques conditions pathologiques que j'aie rencontré les follicules isolés, elles m'ont paru provenir, dans le principe, d'un double mode d'inflammation.

A. Dans le premier cas, cette inflammation est en quelque sorte superficielle, et affecte spécialement la surface muqueuse, qui circonscrit l'urcéole folliculaire, surtout du côté de son ouverture dans l'intestin. Le follicule apparaît alors sous forme d'une saillie hémisphéroïde, d'un rouge plus ou moins vif ou foncé, assise sur une auréole de même couleur ; à son milieu s'aperçoit communément un point obscur, indice de l'orifice excréteur, visible à l'œil nu, surtout si on laisse tomber sur la petite tumeur, préalablement exposée à un filet d'eau, une gouttelette d'eau limpide. Cet état peut avoir pour suites, ou la chute d'une petite escharre centrale, éliminée par suppuration, ou l'érosion du goulot d'excrétion du follicule. Le petit ulcère qui en résulte est assez régulièrement circulaire ; ses bords sont rouges et gonflés, surtout dans le premier cas ; son fond est également rouge et enflammé. Dans les circonstances les plus heureuses, l'ulcération cesse de s'agrandir ; sa circonférence perd de l'intensité de sa coloration, et se dégorge en se rapprochant ainsi de son milieu. Une

véritable cicatrice peut alors s'effectuer; mais il peut arriver, au contraire, que la phlegmasie fasse des progrès. Alors la muqueuse se détruit plus ou moins lentement dans la totalité de son épaisseur, à l'endroit entamé; le tissu cellulaire sous-jacent devient grisâtre et induré, plus rarement noirâtre et ramolli; la couche musculaire s'hypertrophie, ou n'envoie plus que quelques fibres grêles, rares et décolorées, au milieu du tissu cellulaire sus et sous-jacent dégénéré, qui se colle intimement à l'enveloppe péritonéale, à laquelle il pourra transmettre plus tard l'ulcération, comme il lui transmet déjà la phlegmasie. Le pourtour du cercle ulcéré devient brunâtre, livide, blafard, ou même entièrement décoloré; quelquefois, au lieu de cette prompte ulcération, le follicule enflammé sécrète un liquide puriforme qui distend sa cavité graduellement, et finit par se faire jour au travers de son orifice dilaté. La suppuration continue alors, et peut amener, à une époque plus ou moins éloignée, une ulcération chronique analogue, dès son apparition, aux derniers temps de l'ulcération aiguë, dont j'ai parlé précédemment. Sur trois sujets, j'ai trouvé de nombreux follicules en suppuration; il suffisait d'une pression légère pour faire sortir le liquide purulent qu'ils contenaient.

B. Le deuxième mode d'inflammation attaque le follicule, surtout vers son fond, et siége principalement dans le tissu cellulaire qui l'entoure; l'épaississement des parois de la petite cavité amène son oblitération. Ce noyau primitif prend un accroissement lent, mais continu, et vient former au-dessus du niveau de la surface intestinale une petite tumeur de volume variable, jaunâtre ou grise, conique ou pisiforme, quelquefois polycéphale quand plusieurs follicules entrent dans sa formation, le plus souvent sans indice apparent de canal excréteur. Son intérieur présente uniformément tous les caractères de la matière squirrheuse, et c'est en effet un petit, mais un véritable squirrhe. A son centre peut se rencontrer une petite quantité de substance analogue à du pus concret; c'est ou une sécrétion morbide de la muqueuse folliculaire, ou le produit de son ramollissement. Enfin

un travail d'érosion se manifeste sur un point de sa superficie; il s'étend, surtout en profondeur; sa circonférence est irrégulière; ses bords sont verticaux ou même déjetés en dehors; son fond est blanc et dur, avec des points noirs et mous; en un mot, c'est tout un cancer, qui en a la marche comme il en a l'aspect.

C. Ce sont des follicules ainsi dénaturés par une phlegmasie lente et persistante, qu'on a regardés et que l'on regarde encore comme des tubercules; mais c'est abuser de ce mot. Ici l'on a évidemment affaire à un follicule altéré; les tubercules, au contraire, existent très-souvent dans des organes où la théorie la plus complaisante ne peut leur supposer cette origine, et dans les circonstances même où l'on peut la leur attribuer avec le plus de vraisemblance, c'est encore par suite de vues systématiques qui ne reposent sur aucun fait anatomique. Le tubercule est un résultat de sécrétion accidentelle, l'altération folliculaire un résultat de transformation organique. Les tubercules n'ont pas toujours une enveloppe kystique évidente; et, quand on peut en constater l'existence, elle ne forme qu'une très-petite partie de leur volume, et n'est qu'un accident de leur formation. L'induration du follicule provient presque en entier de l'épaisissement de ses parois; quand à la petite quantité de matière ramollie qui en occupe quelquefois le centre, elle est, ou le produit d'une exhalation analogue dans sa nature à celle qui a lieu sur les surfaces squirrheuses, bien qu'elle en diffère cependant par ses propriétés physiques, ou d'une désorganisation de la membrane muqueuse du follicule, incarcérée au centre de la tumeur. Enfin les follicules indurés offrent tous les caractères de ce qu'on appelle *tissu squirrheux*, bien différent de la matière tuberculeuse. J'ai rencontré des follicules isolés atteints d'inflammation à différens degrés, dans l'estomac, trois fois : ils étaient ulcérés; dans le duodénum, une fois; ils étaient en petit nombre et squirrheux; dans l'intestin grêle, six; ils offraient simultanément toutes les nuances de phlegmasie, d'ulcération, de suppuration intérieure, d'induration; dans le cœcum, sept; dans le colon, six; dans le rectum, neuf fois. Il y

en avait à différentes périodes d'acuité, à différens états dans les gros intestins, et seulement sur trois sujets on en voyait d'ulcérés.

§ XX. J'ai trouvé les plexus mucipares beaucoup plus souvent malades que les follicules solitaires ; j'en ai noté sept fois dans le duodénum, vingt dans l'intestin grêle ; d'où il suit qu'ils sont avec ceux-ci dans la proportion de sept à un du pylore au jéjunum, et de vingt à six dans le jéjunum et l'iléon réunis. Ces plaques mucipares forment, au-dessus du niveau de la surface intestinale, des saillies oblongues, elliptiques, ovoïdes, de volume variable, entourées à leur circonférence d'un petit sillon linéaire. On en voit de trois ou quatre à trente, et même au-delà dans un canal digestif; leur couleur peut être légèrement rosée, et telle doit être leur coloration normale, s'il est vrai qu'elles puissent exister dans les voies alimentaires, accidentellement et sans travail inflammatoire occasionnel. J'ai observé cette teinte sur les plaques gauffrées de deux cadavres, qui n'avaient pas de lésion appréciable dans l'intestin grêle ; mais le plus ordinairement elles sont rouges, brunes, ardoisées, bronzées, bleuâtres, et assises fréquemment sur une plaque d'injection ramiforme, dont on suit les divisions au milieu du plexus. Chaque agglomération est composée d'un nombre variable de follicules rapprochés, séparés les uns des autres par une rainure à leur base, autrement colorée que les petits mamelons folliculaires, au sommet desquels s'aperçoit un orifice ponctué. Les follicules agglomérés ne me paraissent susceptibles que de la première espèce de phlegmasie, que j'ai décrite en parlant des follicules solitaires. Elle se termine ordinairement par une sécrétion plus ou moin viciée à l'intérieur de la petite cavité, et la dilatation consécutive de celle-ci, ainsi que l'élargissement de son canal excréteur. Elle n'a que rarement l'ulcération pour résultat; j'en ai vu deux exemples : celle-ci survient exactement comme sur les follicules isolés, et peut même survenir d'une autre manière, à la vérité très-rare, par l'érosion du bord libre d'une valvule connivente, laquelle, contre l'ordinaire, traverse le plexus mucipare : j'ai pu constater ce fait une fois.

Altérations de sécrétion.

§. XXI. *Perversion de la sécrétion normale.* Il est généralement admis que tout travail sécrétoire cesse sur une membrane muqueuse dont l'inflammation s'empare : mais bientôt il se rétablit, altéré comme le tissu qui le fournit. Pendant toute la durée d'acuité d'une phlegmasie aiguë, les mucosités sont plus abondantes et plus épaisses que dans l'état naturel. A la surface de l'estomac enflammé, elles constituent quelquefois une couche poisseuse et grisâtre, que l'on pourrait prendre, au premier abord, pour la muqueuse elle-même étrangement désorganisée : elles sont comme collées à cette membrane. Dans l'intestin grêle, elles sont plus liquides, troubles et jaunâtres, ou teintes en vert : les produits biliaires et pancréatiques contribuent sans doute à leur coloration et à leur fluidité. Il en est à peu près de même dans les gros intestins ; cependant je crois qu'elles sont alors plus visqueuses et quelquefois avec un aspect gélatineux. A une certaine époque de la maladie, l'exhalation intestinale peut prendre un aspect puriforme; c'est surtout dans les cavités des lacunes et des follicules qu'il en est ainsi.

Dans les phlegmasies chroniques de la musqueuse intestinale, il survient fréquemment une excrétion extrêmement considérable de matières liquides, légèrement troubles ou analogues à des lavures de chair. C'est la condition habituelle de l'intestin chez les phthisiques ; on dirait, quand on ouvre sa cavité, qu'elle a été exposée à un courant d'eau.

§. XXII. *Sécrétions accidentelles.* La musqueuse digestive, vivement enflammée ou même dans un état de simple congestion, exhale une rosée sanguine, souvent d'un rouge vif, en quantité variable. J'en ai vu des exemples deux fois dans l'estomac et le duodénum, neuf dans l'intestin grêle, trois dans les gros intestins. Il est remarquable que, à part quelques exceptions, dans les cas de gêne extrême

de la circulation, les surfaces muqueuses ne sécrètent jamais un liquide sanguinolent sans offrir des caractères matériels et irrécusables de phlegmasie. Je pourrais, si c'était ici le lieu, confirmer cette assertion par de nombreuses recherches cadavériques sur des individus de tout âge, et spécialement sur des vieillards affectés d'hémoptisie, d'hématémèse et même de mélœna.

§. XXIII. Je crois devoir envisager comme le produit d'une exhalation anormale les matières noires que l'on trouve presque toujours en même temps que le ramollissement gélatiniforme, mais qui peuvent exister sans lui, comme me l'a prouvé l'autopsie d'un phthisique. J'ai entendu un savant professeur expliquer la coloration des matières mélœniques par l'action chimique et directe de l'acide hydro-sulfurique sur le sang : mais il nous a été démontré que ces matières peuvent exister dans l'œsophage et l'estomac; c'est même là presque toujours qu'on les rencontre, au moins chez le petit enfant ; or, ce n'est qu'à partir d'un point avancé de l'intestin grêle que se trouve l'acide hydro-sulfurique. D'ailleurs il n'est pas rare de voir (toujours sur les petits enfans) une exhalation sanguinolente, plus ou moins abondante et d'un rouge vif, dans la totalité ou dans une partie seulement de l'intervalle recto-pylorique. Enfin des collections ou des infiltrations sanguines, de couleur noire, s'observent dans de nombreux organes : il me suffira de citer la matrice, le cerveau, les poumons eux-mêmes ; et dans ces cas en général, excepté peut-être dans le cerveau, la supposition de l'acide hydro-sulfurique est inadmissible. Ceux qui invoqueraient l'acide carbonique, pour se rendre raison de la couleur des matières mélœniques, échapperaient, à la vérité, à la première des objections précédentes ; mais il leur resterait à réfuter les deux autres.

Altérations dans le diamètre des intestins.

§. XXIV. Au commencement et pendant la période d'acuité des inflammations de la muqueuse intestinale, l'intestin est revenu plus

ou moins fortement sur lui-même; on dirait que la contraction de sa couche musculaire est spasmodique. Elle peut être portée au point qu'il n'y a plus qu'une cavité possible et non réelle entre ses parois, contiguës à elles-mêmes et plissées dans tous les sens. L'inflammation est constamment plus vive sur les rides de la muqueuse.

L'intestin peut être contracté et rétréci sans phlegmasie correspondante : on peut quelquefois s'en prendre, de cet état, à l'influence sympathique d'une irritation voisine sur la surface digestive, ou à la privation plus ou moins longue, plus ou moins complète d'alimens, à laquelle a été soumis le petit malade. Le rétrécissement occasionné par une hypertrophie morbide, circonscrite ou étendue, n'a aucun rapport avec le sujet de ce paragraphe.

§. XXV. La dilatation, ou plutôt la flaccidité de l'intestin accompagne d'ordinaire l'inflammation chronique et la désorganisation de sa membrane muqueuse : on peut même, jusqu'à un certain point, arriver à la connaissance précise du mode de lésion de l'intérieur des voies alimentaires, par l'examen attentif de son aspect extérieur. C'est par l'atrophie des fibres musculaires ou leur inertie, résultat possible d'une irritation chronique dans une partie quelconque des couches élémentaires de l'appareil digestif, et seulement ainsi, que je conçois la possibilité d'une corrélation entre l'amincissement et une phlegmasie. Il ne peut être question ici de la diminution d'épaisseur des parois intestinales par ulcération ou désorganisation superficielles.

§. XXVI. Enfin, un ou plusieurs appendices accidentels de dimensions variables peuvent exister sur un point quelconque de la circonférence des intestins, presque toujours de l'intestin grêle, et s'y ouvrir par un orifice rétréci, d'apparence valvulaire. J'ai vu un exemple de cette disposition native, que je consigne ici, quoique ce ne soit point, à proprement parler, une maladie.

§. XXVII. Ici finit la tâche que je m'étais imposée. De nombreux sujets réclamaient mon attention : J'ai dû me borner à leur points

les plus saillans. Les difficultés se pressaient : j'en ai abordé franchement quelques-unes ; et j'ai essayé de les résoudre par l'observation, en mettant de côté toute idée préjudicielle ou théorique. J'ai défendu quelques opinions, j'en ai attaqué quelques autres avec conviction : je crois pouvoir répondre au moins de ma bonne foi. On me reprochera peut-être d'avoir vu presque toujours des inflammations ou des résultats d'inflammations : c'est aux faits alors, et non à moi, qu'il faut faire le procès. Au reste, je dois déclarer que les mots *inflammation*, *phlegmasie*, sont synonymes pour moi d'*hypertrophie pathologique*, sans analogues dans les organes sains, et n'ont, dans mon esprit, aucune connexion nécessaire et forcée avec tel ou tel mode invariable d'agens thérapeuthiques.

ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΑΦΟΡΙΣΜΟΙ.

Α'.

Ἐν δὲ τῇσιν ἡλικίῃσι τοίασδε ξυμβαίνει. Τοῖσι μὲν σμικροῖσι καὶ νεογνοῖσι παιδίοισιν, ἄφθαι, ἔμελοι, βῆχες, ἀγρυπνίαι, φόβοι, ὀμφαλοῦ φλεγμοναὶ, ὧτων ὑγρότητες. (Τμῆμα τρίτον, ἀφορ. κδ'.)

Β'.

Πρὸς δὲ τὸ ὀδοντοφυεῖν προσάγουσιν, ὄλων ὀδαξισμοὶ, πυρετοὶ, σπασμοὶ, διάῤῥοιαι· καὶ μάλιστα ὅταν ἀνάγωσι τοὺς κυνόδοντας, καὶ τοῖσι παχυτάτοισι τῶν παιδίων, καὶ τοῖσι σκληρὰς τὰς οἰκίας ἔχουσι. (Τμῆμα τρίτον, ἀφορ. κέ.)

Γ'.

Τοῖσι δὲ πρεσβύτῃσι, δύσπνοιαι, καταῤῥοι βηχώδεες, σταγγουρίαι, δυσουρίαι, ἀρθρων πόνοι, νεφρίτιδες, ἴλιγγοι, ἀποπληξίαι, καχεξίαι, ξυσμοὶ τοῦ σώματος ὅλου, ἀγρυπνίαι, κοιλίης, καὶ ὀφθαλμῶν, καὶ ῥινῶν ὑγρότητες, ἀμβλυωπίαι, γλαυκώσιες, βαρυηκοίαι. (Τμῆμα τρίτον, ἀφορ. λά.)

Δ'.

Ἀποπληκτοὶ δὲ μάλιστα γίγνονται, ἡλικίῃ τῇ ἀπὸ τεσσαρακοντα ἐτέων ἄχρι ἑξήκοντα. (Τμῆμα ἕκτον, ἀφορ. νζ'.)

Ε.

Ὁκόσοι ὑδροὶ ἐξ ἄσθμαθος, ἢ βηχὸς γίγνονται πρὸ τῆς ἥβης, ἀπόλλυνται. (Τμῆμα ἕκτον, ἀφορ. μς'.)

Ϛ.

Τοῖσιν ὑδροπικοῖσι βὴξ ἐπιγενομένη, κακόν. (Τμῆμα ἕκτον, ἀφορ. λέ.)